

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
REQUEST FOR REVIEW OF DENIAL OR TERMINATION
OF EEC FINANCIAL ASSISTANCE FOR CHILD CARE /
SOLICITUD DE REVISIÓN DE DENEGACIÓN O CANCELACIÓN
DE LA ASISTENCIA FINANCIERA DEL EEC PARA EL CUIDADO DE NIÑOS**

EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE FINES EXCLUSIVAMENTE INFORMATIVOS - NO COMPLETE EL FORMULARIO TRADUCIDO

Nombre(s) del padre o de la madre: _____

Dirección: _____

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de la agencia encargada de la administración del subsidio: _____

Miembro del personal encargado de la administración del subsidio: _____

Indique el/los nombre(s) completo(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento de su(s) hijo(s):

Indique de qué forma su Administrador del Subsidio incumplió o aplicó incorrectamente las políticas o los reglamentos del EEC (adjunte páginas adicionales, de ser necesario). **PARA QUE EL EEC REVISE SU CASO, DEBE COMPLETAR ESTE APARTADO:**

Es necesario señalar que el EEC está facultado para rechazar las solicitudes de revisión que se basen principalmente en un cuestionamiento de la legalidad o equidad de los reglamentos del EEC y/o de leyes estatales o federales. Tanto los reglamentos como las políticas del EEC están disponibles en el sitio web del Departamento: www.mass.gov/eec.

PRESENTACIÓN DE PRUEBAS ESCRITAS

Si desea presentar pruebas por escrito que respalden su solicitud y que estas pruebas se incluyan como parte del registro de Revisión, indique que presentará documentación. **El EEC debe recibir toda prueba escrita en un plazo de 14 días calendario contados a partir de la presentación de la presente solicitud.**

Sí. Presentaré pruebas escritas.

No. No presentaré documentación

ÚNICAMENTE PARA LAS CANCELACIONES: SOLICITUD DE CONTINUIDAD DEL CUIDADO DURANTE LA REVISIÓN

Yo, _____, solicito que el cuidado de niños continúe durante el plazo de Revisión.
Nombre(s) del padre o de la madre en letra imprenta

Entiendo que actualmente debo cumplir con los criterios de elegibilidad para conservar el cuidado y que las tarifas a abonar por los padres, si corresponden, deben mantenerse al día. **Entiendo que puedo resultar económicamente responsable de reembolsar al Estado de Massachusetts por el cuidado proporcionado durante el período revisión si se determina que la cancelación fue correcta.**

Firma

Fecha

SI RECIBIÓ UNA NOTIFICACIÓN DE DENEGACIÓN, EL CUIDADO NO SE EXTENDERÁ.

Conserve una copia del presente formulario para su registro y envíe el formulario original, junto con una copia de la Notificación de Denegación o de la Notificación de Cancelación, al EEC a la siguiente dirección: Request for Review - Financial Assistance Unit, Department of Early Education and Care, 51 Sleeper Street, 4th Floor, Boston, MA 02210. El presente formulario también puede enviarse por fax al (617) 988-2451

Fecha de entrada en vigencia: 1 de marzo de 2019